



DVGS

DVGS e.V.
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth

**Antrag zur Anerkennung von Einrichtungen zur Durchführung
des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings
gemäß SGB IX § 44: Rahmenvereinbarung über den
Rehabilitationssport und das Funktionstraining der BAR vom
01.01.2011**

Der DVGS verpflichtet sich, die ihm angeschlossenen Rehabilitationssportgruppen zu prüfen und die Anerkennungen auszusprechen. Die Anerkennungen erfolgen nach einheitlichen Kriterien und orientieren sich an den Inhalten der Anlage zur Rahmenvereinbarung.

Anerkennung beantragt am: _____

Eingang am: _____

Bestätigt am: _____

Bitte geben Sie Namen und Anschrift der Rehabilitationssportgemeinschaft an:

Mitgliedsnummer im DVGS e.V.: _____

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

Wir beantragen die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der aktuell gültigen Fassung.

Wir erkennen an, dass ein Verstoß gegen die einschlägigen Regelungen der Rahmenvereinbarung zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führt.

Wir verpflichten uns, während der Gültigkeit der Anerkennung unverzüglich alle Veränderungen der anerkennenden Stelle mitzuteilen.

Wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten für statistische Auswertungen, Beratungs- und Abrechnungszwecke der Rehabilitationsträger genutzt werden.

Wir erkennen ausdrücklich an, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein/der ausführenden Institution möglich ist und keine Zuzahlungen, Vorauszahlungen oder Eigenbeteiligungen von den Versicherten gefordert werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift, tempel
(Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26
BGB oder Geschäftsführer)

I. Angaben zum Träger

1. Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Internet:

AnsprechpartnerIn: -----
(Name, Vorname, Telefon)

2. Institutionskennzeichen (für die Abgabe der Leistung Rehabilitationssport benötigen Sie ein gesondertes IK-Zeichen, ggf. bei der SVI beantragen):

3. Mitgliedschaft in einem/r übergeordneten Verband/Organisation?

ja nein

wenn ja, wo:

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

Hinweis: Die Angaben zu II. bis VII. sind für jede Übungsgruppe gesondert auszufüllen!

II. Angaben zur Rehabilitationssportgruppe

1. Gruppenname:

2. AnsprechpartnerIn der Gruppe:

Vorname/Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

3. Rehabilitationssportart:

- Gymnastik
- Schwimmen
- Leichtathletik
- Bewegungsspiele in Gruppen
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins
- Sonstige:

4. Zielgruppe (Mehrfachnennung möglich):

- Erkrankungen Orthopädie
- Erkrankungen Neurologie
- Erkrankungen Sensorik
- Erkrankungen Innere Medizin
- Geistige Behinderung
- Erkrankungen Psychiatrie
- Krebserkrankungen
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

5. Indikationen:

6. Besondere Art der Gruppe?

Kindergruppe: ja nein

Schwerstbehindertengruppe: ja nein

Herzgruppe: ja nein

7. Gruppengröße und Teilnehmerkreis (s.u.):

max. Teilnehmerzahl je ÜbungsleiterIn:

- Rehabilitationssportgruppe: 15
- Herzgruppe: 20
- Kindergruppe: 10
- Schwerstbehinderte Kinder: 5
- Schwerstbehinderte Erwachsene: 7
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins: 12

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

8. Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen als eigenständige Übungsveranstaltungen angeboten?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form? (Konzept ist dem Antrag beizufügen)

9. Rehabilitationssportart:
Anerkennung als Rehabilitationssportart (sofern nicht Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele in Gruppen)?

ja nein

wenn ja, seit:

III. Angaben zur Durchführung der Übungsveranstaltung

1. Wochentag/Uhrzeit:

Dauer (in Minuten):

Wochentag/Uhrzeit:

Dauer (in Minuten):

Wochentag/Uhrzeit:

Dauer (in Minuten):

2. Persönliche Angaben zum(r) ÜbungsleiterIn (1):

Vorname/Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

3. Persönliche Angaben zum(r) ÜbungsleiterIn (2):

Vorname/Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

Telefonnummer:

E-Mail:

4. Qualifikation des(r) ÜbungsleiterIn (1):
Gültige Übungsleiterlizenz (Kopie beifügen)

ja nein

wenn ja, gültig bis:

ausgestellt am:

ausgestellt durch:

Erste-Hilfe-Nachweis (Kopie beifügen)

ja nein

wenn ja, gültig bis:

Hinweis: Bei Übungsleiterinnen von Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins ist die notwendige Handlungs-, Fach-, Methoden-, Personal- und Sozialkompetenz durch entsprechende Fort-/Zusatzausbildungen durch Vorlage von Bescheinigungen nachzuweisen.

5. Qualifikation des(r) ÜbungsleiterIn (2):
Gültige Übungsleiterlizenz (Kopie beifügen)

ja nein

wenn ja, gültig bis:

ausgestellt am:

ausgestellt durch:

Erste-Hilfe-Nachweis (Kopie beifügen)

ja nein

wenn ja, gültig bis:

IV. Angaben zu den räumlichen Voraussetzungen

1. Übungsstätte:

Name/Anschrift:

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

2. Die Räumlichkeiten, Materialien und Geräte sind hinsichtlich der Zielsetzung für den Rehabilitationssport zweckmäßig und angemessen. ja nein

3. Art (Turnhalle, Schwimmbad etc.):

Größe der genutzten Trainings- bzw. Wasserfläche (in qm²):

Wassertemperatur in °C (bei Angebote im Wasser):

4. Der **Zugang zur Übungsstätte** und zu den sanitären Einrichtungen ist für die Zielgruppe des Rehabilitationssports hinreichend gegeben.

ja nein

5. Funktional einsetzbare Sportgeräte stehen zur Verfügung.

ja nein

Geräteausstattung/Hilfsmittel:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

6. **Umkleideräume** (kostenfreie Nutzung): ja nein

wenn ja, Größe und Anzahl:

7. **Sanitäre Einrichtungen** (Dusche, kostenfreie WC bzw.

behindertengerechtes/barrierefreies WC): ja nein

wenn ja, bitte konkretisieren und Anzahl:

8. Sind **Belüftungs- und Lichtquellen** in den genutzten Räumen vorhanden?

ja nein

9. Können die Teilnehmenden eigene Getränke in die Übungsveranstaltung mitbringen?

ja nein

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

V. Angaben zum Unfallversicherungsschutz

Eine Unfallversicherung ist abgeschlossen

für Mitglieder ja nein

für Nichtmitglieder ja nein

wird abgeschlossen, sobald Nichtmitglieder am
Rehabilitationssport teilnehmen.

wenn ja, Versicherungsgesellschaft:

(Versicherungsschein muss in Kopie dem Antrag beigelegt
werden)

VI. Angaben zur Notfallversorgung

1. Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen
Notdienst bzw. den Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu
erreichen?

ja nein

wenn ja, Telefon Handy

Telefonnummer des Not- bzw. Rettungsdienstes:

2. Nächst erreichbare(r) Arzt/Ärztin:

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

3. Nächstes Krankenhaus:

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

4. Eine einsatzfähige und vollständige **Erste-Hilfe-Ausstattung** ist vorhanden.

ja nein

VII. Nachhaltigkeit

Nach Ablauf der ärztlichen Verordnung ist gewährleistet, dass die
Teilnehmenden auch ohne Verordnung dieses oder ein gleichwertiges
Angebot besuchen können (Nachweis beifügen).

ja nein in Vorbereitung

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

VII. Ablauforganisation und Dokumentation

1. Dem Angebot liegt einer Planung zugrunde.
ja nein
2. In den Übungseinheiten bestehen Informations- und Beratungsangebote.
ja nein
3. Eine aktuelle Liste mit Notfallnummern ist vorhanden.
ja nein
4. Eine aktuelle Liste mit Krankenhäusern in der näheren Umgebung ist vorhanden.
ja nein
5. Wird eine Teilnehmerliste geführt?
ja nein (bitte Muster beifügen)
Wo kann diese eingesehen werden?
Name:
Anschrift:
6. Wird eine Anwesenheitsliste geführt?
ja nein (bitte Muster beifügen)
Wo kann diese eingesehen werden?
Name:
Anschrift:
7. Wird eine Unterschriftenliste geführt?
ja nein (bitte Muster beifügen)
Wo kann diese eingesehen werden?
Name:
Anschrift:
8. Wird die Übungsveranstaltung dokumentiert? (Besondere Vorkommnisse etc.)
ja nein (bitte Muster beifügen)
Wo kann die Dokumentation eingesehen werden?

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

Name:

Anschrift:

VIII. Ärztliche Betreuung/Überwachung

1. Welche(r) Ärztin/Arzt hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen bei Bedarf für Beratungen der TeilnehmerInnen und der ÜbungsleiterInnen zur Verfügung zu stehen? (Schriftliche Erklärung ist dem Antrag beizufügen)

Vorname/Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Fachrichtung:

2. Vertretung bei Abwesenheit: (Schriftliche Erklärung ist dem Antrag beizufügen)

Vorname/Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Fachrichtung:

IX. Nur für Herzgruppen

1. Welche(r) Ärztin/Arzt hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltung ständig anwesend zu sein? (Schriftliche Erklärung ist dem Antrag beizulegen)

Vorname/Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

2. Vertretung bei Abwesenheit: (Schriftliche Erklärung ist dem Antrag beizulegen)

Vorname/Name:

Anschrift:

Antrag auf Anerkennung als Rehabilitationssportgruppe

Telefonnummer:

3. Wird zu Beginn der Übungsveranstaltung eine Kurzanamnese durchgeführt und dokumentiert (Medikamentenveränderung, Befindlichkeitsstörung, ungewöhnliche Belastungen in Familie und Beruf, Erkrankungen, insbesondere Infektionen)?

ja nein

4. Werden regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchgeführt?

ja nein

5. Ist ein netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator vorhanden?

ja nein

Letzte Kontrolle am:

6. Ist ein Notfallkoffer vorhanden?

ja nein

Letzte Kontrolle des Notfallkoffers am:

Bitte beachten Sie, dass eine zügige Bearbeitung nur dann möglich ist, wenn der Fragebogen für jede Übungsgruppe vollständig ausgefüllt ist und alle Nachweise beigelegt sind.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel